

ХРОНИЧЕСКИЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОСТАТИТ. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Марченко В.А.¹, Жебентяев А.А.¹, Боханов Б.Л.²

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»¹*

*УЗ «Витебская областная клиническая нефроурологическая
больница»²*

Одной из актуальных проблем урологии является диагностика и лечение хронического простатита. Хронический простатит в большинстве случаев встречается у мужчин, ведущих активную половую жизнь. Хронический простатит – локальная патология. Выраженность воспалительного процесса может быть различной, и протоки, дренирующие воспалительные очаги, могут быть «открытыми» и «закрытыми».

Современные классификации предусматривают подразделение хронического простатита на бактериальные и небактериальные формы, что весьма важно для проведения этиологического и патогенетического лечения.

Хронический бактериальный простатит характеризуется двумя основными признаками: рецидивирующими инфекциями мочевыводящих путей (МВП) и персистированием преимущественно грамотрицательных бактерий в секрете предстательной железы. Следовательно бактериальный простатит – это прежде всего диагноз, основанный на результатах бактериологических исследований. Этиологическая диагностика направлена на выявление возбудителя, непосредственно послужившего причиной воспаления в предстательной железе.

Для бактериологической диагностики используется метод Meares и Stamey. Нами проводилось последовательное исследование секрета простаты после проведение массажа простаты и исследования мочи после проведение массажа простаты. (через 30 мин. Или на следующий день).

Диагноз хронического бактериального простатита устанавливается при обнаружении патогенных бактерий в простатическом секрете при отсутствии других заболеваний МВП или выраженных системных симптомов, свидетельствующих в пользу бактериального простатита.

Нами обследовано 42 больных хроническим простатитом. В зависимости от давности заболевания больные распределены на III

группы: I – 12 больных (7-10) лет, II – 16 больных (3-7 лет), III – 14 больных (до 3 лет). Всем больным проведено бактериологическое исследование сока простаты и посевы на среды для выявления возбудителя и определения его чувствительности к антибактериальным препаратам. Бактериологически – патологические изменения сока простаты выявлены в I группе у 10 больных, во II группе – у 12 больных, в III группе – у 13 больных. Результаты посевов показали, что в I группе у 5 больных выселили *S. Xylosus*, у 7 – *Staph. spp.*, во II группе у 5 больных – *Staph. Xylosus*, у 8 – *Staph. spp.*, у 3 – *Enterococcus*, в III группе у 8 – *Staph. spp.*, у 2 – *Morganella morganii*, у 2-х *Enterococcus*, у 2 – роста нет.

Проблемы терапии бактериального простатита связаны с биологическим статусом микроорганизма, с одной стороны, и с барьером, препятствующим проникновению многих антибиотиков, с другой стороны. Только некоторые препараты в достаточной мере способны проникать в секрет предстательной железы.

Из изложенного видно, что чаще высеиваются *Staph. spp.*, который наиболее чувствителен к цефалоспорином, ко-тримоксазолу, гентамицину. *S. Xylosus* на втором месте и наиболее чувствителен к цефалоспорином, фосфамицину, норфлоксацину. *Enterococcus* на третьем месте, чувствителен к ко-тримоксазолу, тейкоплазину, триметоприму.

Согласно теории ионного обмена (захвата), это свойство зависит от степени ионизации плазмы. При кислом pH простатического секрета у слабых оснований, например триметоприма (изоэлектрическая точка 7,4), будет в 4-5 раз выше, чем в плазме. Однако клинические исследования различных авторов показывают, что при хроническом бактериальном простатите значения pH секрета железы соответствуют нейтральному или щелочному. При таком pH триметоприм не концентрируется в секрете предстательной железы. Сказанное может объяснить тот факт, что частота выздоровления при терапии триметопримом или ко-тримоксазолом не превышает 50%.

Больным проводилась комбинированная этиотропная и патогенетическая терапия. При лечении выделены 2 группы по 20 и 22 человек. В I группе проводили обычную терапию, включающую антибиотики (без определения чувствительности), физиолечение, массаж простаты. Больным II группы назначались антибиотики с учетом чувствительности микроорганизмов и дополнительно трансректальное лечение ультразвуковым излучателем с введением лекарственного «коктейля» (простатил, лидаза, гидрокортизон, витамин Е). При сравнении результатов, оказалось, что во II группе на

4-6 дней раньше наступало субъективное улучшение и нормализация сока простаты.

Таким образом, при диагностике хронического простатита необходимо применение комплексного метода обследования и на основании полученных данных назначение соответствующей терапии с применением ректальных излучателей с введением лекарственных средств.

Однако рецидивирование является основной проблемой, возникающей в лечении хронического бактериального простатита, в связи с чем период наблюдения должен быть периодическим и длительным, несмотря на клиническое выздоровление.